

D. Groß¹, K. Groß², G. Schäfer¹

Ethik in der Zahnheilkunde – eine Einführung mit Progress-Test. Teil 2: Der Zahnarzt und sein Patient: Die ethische Perspektive



Univ.-Prof. Dr. med., med. dent. et phil.
Dominik Groß

Ethics in dentistry – an introduction with progress test. Part 2: the dentist and his patient: the ethical perspective

1 Vorbemerkungen

Die Beziehung zwischen (Zahn)arzt und Patient unterliegt gegenwärtig einem tiefgreifenden Wandel, der nicht nur neue Anforderungen an den Behandler stellt, sondern zugleich erhebliche ethische Fragen aufwirft. Vor diesem Hintergrund widmet sich der folgende Beitrag den Änderungen im Verhältnis von (Zahn)arzt und Patient.

Dabei sollen zunächst die verschiedenen Beziehungsmodelle, die unterschiedlichen Patiententypen und die Auswirkungen neuer Informationsquellen (z. B. NetDoktor.de) auf das Vorwissen, das Selbstverständnis und die Erwartungshaltung von Patienten erörtert werden. Anschließend gilt es, die Merkmale und Kennzeichen der „Informierten Zustimmung“ („Informed Consent“) zu bestimmen, die verschiedenen Formen der Patientenaufklärung und ihre Besonderheiten zu differenzieren sowie die Voraussetzungen, Potenziale und Grenzen des „Informed Consent“ kritisch zu diskutieren.

2 Der Wandel im Verhältnis von (Zahn)arzt und Patient

2.1 Definitionen und Beziehungsmodelle

Die traditionelle (Zahn)arzt-Patient-Beziehung war und ist durch eine strukturelle Asymmetrie geprägt [2, 3, 6]: Auf der einen Seite steht hierbei der hilfeschende Patient, auf der anderen Seite befindet sich der (Zahn)arzt, der in seiner Rolle als professioneller Experte und Behandler in Anspruch genommen wird und der paternalistisch – d. h. wie ein fürsorglicher Vater (lat. Pater = Vater) – für „seinen“ Patienten Entscheidungen trifft. Die Vormachtstellung des (Zahn)arztes in dieser traditionellen, teilweise auch heute noch anzutreffenden Beziehungsform tritt hierbei als *Definitions-, Experten- und Steuerungsmacht* in Erscheinung:

(1) Die (Zahn)heilkunde als Wissenschaft und die (Zahn)ärzte als ihre Vertreter besitzen die Macht zu definieren, was gesund und was krankhaft ist: Der einzelne (Zahn)arzt übt diese *Definitionsmacht* z. B. bei der Diagnosestellung oder bei der Indikationsstellung für eine Therapie aus.

(2) Der (Zahn)arzt tritt im Regelfall als Experte auf, der Patient dagegen als medizinischer Laie. Durch seine fachliche Kompetenz besitzt der (Zahn)arzt gegenüber dem Patienten eine *Machtposition (Expertenmacht)*.

(3) Die *Steuerungsmacht* des (Zahn)arztes besteht darin, dass er den konkreten Umgang mit dem Patienten bestimmt, indem er festlegt, ob, wann, wie

und in welchem Umfang eine präventive, therapeutische oder rehabilitative Maßnahme zur Diskussion gestellt oder vorgeschlagen wird.

Weitere die beschriebene strukturelle Asymmetrie begünstigende Faktoren sind (4) die durch den (Zahn)arzt repräsentierte *institutionelle Macht*, wie sie sich etwa bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit („Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung“) durch das medizinische System zeigt, (5) das *hohe Sozialprestige* des „Bildungsbürgers“ (Zahn)arzt und (6) *Ungleichheiten in Bezug auf den Gesundheitsstatus*, die sich darin zeigt, dass ein kranker (und damit vulnerabler, bedürftiger) Patient einem gesunden (Zahn)arzt gegenüber tritt.

Das beschriebene traditionelle Beziehungsmodell wird auch als „hippokratesches (Standes)modell“ bezeichnet. Handlungsmotivation ist die ärztliche Fürsorge, und das charakteristische Kennzeichen dieser Beziehung ist die Rolle des Arztes als Helfer. Besagtes Modell ist auch heute noch anzutreffen – gerade in akuten Notfallsituationen gilt ein paternalistisch agierender Arzt als alternativlos –, scheint vielen jedoch nicht mehr zeitgemäß.

Tatsächlich befindet sich die (Zahn)arzt-Patient-Beziehung seit einigen Jahrzehnten in einem schleichen-

¹ Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Universitätsklinikum Aachen;

² Praxisklinik der Zahnheilkunde am Luisenhospital Aachen

DOI 10.3238/dzz.2011.0619

den, in der Konsequenz aber fundamentalen Umbruch: Anstelle der paternalistisch geprägten Beziehung wird heute einer Begegnung von (Zahn)arzt und Patient auf Augenhöhe und einem „Shared Decision Making“ – einer gemeinsamen Entscheidungsfindung von (Zahn)arzt und Patient – das Wort gesprochen. Hierfür ist es erforderlich, dass der (Zahn)arzt den Patienten und seine persönlichen Wertvorstellungen kennenlernt und versteht, um eine angemessene fachliche Hilfestellung geben zu können; das dahinter stehende Ideal ist das einer Partnerschaft, in der beide einander vertrauen und voneinander lernen. Dieses „partnerschaftliche Beziehungsmodell“ wird gelegentlich auch als „interaktives“ Modell angesprochen: Handlungsmotivation ist die Patientenautonomie und charakteristisches Kennzeichen ist die gemeinsame Entscheidungsfindung bzw. die „informierte Wahl“ des Patienten („Informed Choice“).

Daneben finden sich mittlerweile in der Heilkunde, aber auch in der Zahnheilkunde Elemente einer reinen Klient-Dienstleister-Beziehung („Vertragsmodell“ oder „kommerzielles Modell“): An die Stelle des Patienten tritt hierbei ein Kunde, der von seinem (Zahn)arzt keine Therapie, sondern eine Dienstleistung erbittet. Beispiele hierfür sind die kosmetische Chirurgie sowie – mit Blick auf die Zahnmedizin – die Bereiche der kosmetischen Zahnheilkunde (Dental Bleaching, Anbringen von Zahnschmuck) oder des „Dental Spa“ [1]. Handlungsmotivationen sind hierbei das Eigeninteresse des (Zahn)arztes und die Patientenzufriedenheit; charakteristisches Kennzeichen ist hier die Orientierung an den Gesetzmäßigkeiten des Marktes (Angebot und Nachfrage). Ob die beschriebene Beziehung allerdings überhaupt unter dem Oberbegriff „(Zahn)arzt-Patient-Beziehung“ gefasst werden kann und sollte, ist umstritten, da der (Zahn)arzt hier keinen Heilauftrag mehr ausführt – also nicht mehr als (Zahn)arzt agiert – und der Behandelte auch nicht als Patient (lat. homo patiens = der Leidende) in Erscheinung tritt, sondern explizit als Kunde.

2.2 Patiententypen

Doch auch das oft propagierte Modell des Shared Decision Making findet sich

in dieser „Reinform“ kaum, was nicht zuletzt damit zu tun hat, dass jeder Patient eigene (spezifische) Vorstellungen und Interessen hat (Phänomen der Individualisierung) und es in modernen multikulturellen Gesellschaften eine Vielzahl verschiedener Patiententypen gibt (Phänomen der Pluralisierung). Tatsächlich bevorzugt nicht jeder Patient eine gemeinsame Entscheidungsfindung – gerade ältere, schwächere, multimorbide oder sozial bedrängte Patienten hängen bisweilen einem traditionellen Rollenverständnis an und übertragen Therapieentscheidungen gerne dem (Zahn)arzt. Die weltweit tätige Unternehmensberatung Boston Consulting Group hat vier musterhafte Patiententypen unterschieden, welche die unterschiedlichen Erwartungshaltungen – zwar in idealisierter und vereinfachter Weise, aber durchaus pointiert – dokumentieren [2, 8]:

- A. Der „akzeptierende Patient“ ist weiterhin von der fachlichen Autorität des (Zahn)arztes geprägt. Das Beziehungsgefüge entspricht dem des oben beschriebenen klassischen (Zahn)arzt-Patient-Verhältnisses: Der akzeptierende Patient überträgt oder überlässt Entscheidungen dem „Experten“ (Zahn)arzt.
- B. Der „aufgeklärte Patient“ zeigt weniger Abhängigkeit und eine stärkere Autonomie: Gemeint ist damit ein Patient, der – z. B. aufgrund einer chronischen Erkrankung, die zu einer Auseinandersetzung mit der Krankheit und einer dauerhaft veränderten Lebensführung zwingt – eigenverantwortlich therapeutische oder sekundärprophylaktische Maßnahmen durchführt. Ein charakteristisches Beispiel wäre ein Patient mit einer fortgeschrittenen chronischen Parodontitis, der, um seine Zähne zu erhalten, den Risikofaktor Rauchen aufgibt und sich einer Schulung durch eine Prophylaxe-Fachkraft unterzieht, um etwa anatomisch schwer zugängliche Bereiche des Zahnes (Wurzeleinziehungen, Bi- und Trifurkationen) selbst reinigen und ggf. desinfizieren zu können.
- C. Der „involvierte Patient“ zeigt ein hohes Engagement in Gesundheitsfragen und tritt mit fordernder Haltung gegenüber dem (Zahn)arzt auf. Diese Patienten suchen das Gespräch oder die Diskussion mit dem (Zahn)arzt und interessieren sich für gesund-

heitsbewusstes Verhalten, für Prophylaxemaßnahmen und Gesundheitsleistungen.

- D. Der „steuernde Patient“ agiert selbstbewusst und aktiv, indem er klassische und Neue Medien zur Informationsgewinnung und -verdichtung nutzt und die ihn betreffenden Therapieentscheidungen eigenständig treffen möchte. „Steuernde Patienten“ greifen für die Entscheidungsfindung häufig auf Informationsangebote des Internet (NetDoktor.de, Blogs etc.) zurück und neigen grundsätzlich zur Einholung weiterer Meinungen.

Tatsächlich agiert der einzelne Patient je nach Lebenssituation, Krankheitszustand und (zahn)ärztlichem Gegenüber mal eher in der einen, mal eher in der anderen Weise. Insbesondere das von den Medien vermehrt propagierte postmoderne Bild des „steuernden Patienten“ trifft nur für eine kleinere (allerdings wohl kontinuierlich wachsende) Gruppe von Mitbürgern zu, die an Neuen Medien und Gesundheitsfragen besonders interessiert sind.

2.3 Neue Entwicklungen

Welche Rückwirkungen zeigen die veränderten Patientenrollen auf die *moderne (Zahn)arzt-Patient-Beziehung*? Viehoff und Bogen [9] verweisen zu Recht auf eine dreifache Akzentverschiebung auf Seiten der Patienten:

- A. *Aktive Kontrolle statt blindem Vertrauen*: In Zeiten zunehmender Eigenbeteiligung der Patienten an den Behandlungskosten (Praxisgebühr, Zuzahlung bei Arzneimitteln, Prophylaxe oder prothetischer Versorgung) wächst der Bedarf an Information, um den Behandlungs- und Finanzierungsbedarf einschätzen zu können. Ärztliche Therapieempfehlungen und Kostenberechnungen werden von Seiten der Patienten zunehmend hinterfragt. Dadurch übernimmt der Patient eine Kontrollfunktion – eine Entwicklung, die auch auf die (Zahn)arzt-Patient-Beziehung weitreichenden Einfluss hat.
- B. *Patient-Empowerment*: Da das medizinische Wissen auf Seiten der Patienten (tatsächlich oder vermeintlich) zunimmt, werden andere thematische Einstiege in das Gespräch mit dem (Zahn)arzt gewählt, entwickeln

sich neue Gesprächsarchitekturen, die sich von der klassischen Rollenverteilung – ein übergeordneter (zahn-)ärztlicher Experte trifft auf einen unkundigen, abhängigen Laien – deutlich abheben. Mit anderen Worten: Die klassische Asymmetrie mit ihren festgeschriebenen Handlungsmustern wird aufgebrochen; an ihre Stelle treten zunehmend durch Informationen und Teilhabe „selbstermächtigte“ Patienten („Patient-Empowerment“) bzw. Bürger mit neuem aktiven Gesundheitsverhalten („Health-Seeker“, „Health-Networker“). Im Zentrum der (Zahn)arzt-Patient-Kommunikation steht nicht mehr die autoritative Wissensvermittlung, sondern eine gemeinschaftlich organisierte Form der Lösungsfindung für gesundheitsrelevante Fragestellungen. Man kann diese Veränderungen als *Weg vom autoritativen über das partizipative zum aktiven Kommunikationsmodell* bezeichnen. Letzteres setzt allerdings einen aktiven Patienten voraus – und längst nicht jeder Patient ist krankheitsbedingt dazu in der Lage oder fühlt sich in einer solchen Rolle wohl.

C. *Gesundheit als Konsumgut*: In der Heilkunde ist derzeit ein Umbruch festzustellen, der durch eine Zurückdrängung kurativer zugunsten präventiver Behandlungsziele charakterisiert ist. Damit wird Gesundheit in vielen Bereichen zugleich zu einem Konsumgut: Gesundheit ist etwas, das man „einkaufen“ möchte, auch wenn man (noch) nicht krank ist. Unter dieser Perspektive – „Gesundheit als Ware“ – hat sich das Gesundheitssystem in den letzten Jahrzehnten im öffentlichen Bewusstsein teilweise neu konfiguriert. Vor diesem Hintergrund erklärt sich auch das verstärkte Aufkommen neuer beruflicher Profile und Tätigkeiten wie z. B. Dental Hygienisten, Gesundheits-Coaches, aber auch umstrittener „Berufe“ wie Dentalkosmetiker, die den modernen Markt für medizinische Dienstleistungen ergänzen [1].

Der beschriebene Wandel der (Zahn)arzt-Patient-Beziehung – weg vom ärztlichen Paternalismus und hin zu einer gemeinsam getroffenen und getragenen Entscheidung (Shared Decision) oder aber zu einem Patienten, der als Klient auftritt – spiegelt sich wieder im heutigen Stellenwert der Patienten-

aufklärung, so dass es lohnend erscheint, diesen Aspekt näher in den Blick zu nehmen.

3 Informed Consent: Stellenwert und ethische Implikationen der Patientenaufklärung

3.1 Kennzeichen eines Informed Consent und Formen der Patientenaufklärung

Tatsächlich gilt die umfassende Aufklärung und die hierauf basierende ausdrückliche Einwilligung des Patienten in die (zahn)ärztliche Behandlung – kurz zusammengefasst: der Informed Consent – als modernes Charakteristikum einer ethisch verantwortlichen (Zahn)arzt-Patient-Beziehung [3, 4, 7, 10]. Ethische Grundlage des Informed Consent ist der Respekt vor der Patientenautonomie – mithin eines der vier Prinzipien, die wir im ersten Teil dieser Reihe als „Prinzipienethik“ von *Beauchamp* und *Childress* kennengelernt haben [4]. Anders als z. B. die ärztliche Schweigepflicht gehört der Respekt vor der Selbstbestimmung des Patienten *nicht* zu den klassischen ärztlichen Standespflichten, wie sie etwa im „Hippokratischen Eid“ (vermutlich im 4. Jahrhundert vor Christus) niedergelegt wurden, sondern ist eine Errungenschaft des 20. Jahrhunderts.

Die umfassende Aufklärung des Patienten ist nicht allein sichtbarer Ausdruck der Patientenautonomie, sondern zugleich ein Mittel gegen die strukturelle Asymmetrie im (Zahn)arzt-Patient-Verhältnis, denn der Behandler gibt sein Expertenwissen und (zumindest in Teilen) auch seine Entscheidungsmacht im Rahmen des Aufklärungsgesprächs an den Patienten weiter.

Diese – medizinhistorisch betrachtet – revolutionäre Entwicklung hat für den Patienten weitreichende Folgen: Negativ gewendet, ist die neue Entscheidungsfreiheit des Patienten immer auch zugleich die Freiheit, einen Sachverhalt falsch einzuschätzen und sich falsch zu entscheiden. Dem stehen allerdings aus ethischer Sicht mehrere positive Konsequenzen gegenüber: Zum ersten bedeutet der Informed Consent eine Stärkung der Patientenrechte und einen Zu-

gewinn an Selbstkontrolle. Zum zweiten bedeutet die konkrete Beteiligung des Patienten an der Entscheidungsfindung, dass dessen spezifische Bedürfnisse und Interessen berücksichtigt werden können und er diese gemäß seinen Lebensvorstellungen ausgestalten kann. Die dritte positive Konsequenz betrifft Patienten und Behandler gleichermaßen: Jedes Aufklärungsgespräch ist bereits Teil der Therapie. *Stephen Wear* verweist zu Recht auf verschiedene *therapeutisch relevante* Wirkungen des Aufklärungsgesprächs [3, 10]: Letzteres fördert ein besseres Verständnis des Patienten für die Anamnese, eine bessere Einschätzung der therapeutischen Möglichkeiten und Grenzen, eine Erklärung für die bestehende Symptomatik und damit auch eine gewisse Beruhigung. Das Aufklärungsgespräch bietet aber auch die Möglichkeit, irrationale Ängste und Vorannahmen zu „verabschieden“ und konkrete Anknüpfungsmöglichkeiten für Gespräche über künftige Verhaltensweisen bzw. Verhaltensänderungen – etwa in den Bereichen (Sekundär)prävention, Therapie oder Rehabilitation – zu finden, was wiederum eine Verbesserung der Compliance mit sich bringt. In der Summe dient das Aufklärungsgespräch folglich im besten Fall bereits der Festigung des therapeutischen Bündnisses zwischen (Zahn)arzt und Patient.

Grundsätzlich ist zwischen zwei verschiedenen Hauptformen der Aufklärungspflicht eines (Zahn)arztes zu differenzieren: der „Eingriffsaufklärung“ und der „Sicherungsaufklärung“ [4, 6]:

Die „Eingriffsaufklärung“ oder „Selbstbestimmungsaufklärung“ **muss** jeder diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme, die in die körperliche Integrität des Patienten eingreift, vorausgehen. Derartige Eingriffe erfüllen ohne wirksamen Informed Consent den Tatbestand einer Körperverletzung. Daher ist es nicht nur ein ethisches, sondern auch ein rechtliches Gebot, dem Patienten im Rahmen der Eingriffs- oder Selbstbestimmungsaufklärung alle maßgeblichen Informationen zur Verfügung zu stellen. Dies betrifft den Befund und die resultierende Diagnose, die hieraus erwachsenden bzw. drohenden Folgen für die Gesundheit, die Art der vorgesehenen Maßnahme(n) bzw. der bestehenden Behandlungsalternativen, die erwarteten Heilungschancen und die

mit den geplanten ärztlichen Maßnahmen (aber auch deren Unterlassung) verbundenen Gefahren und Risiken. Die Aufklärung soll dem Patienten eine allgemeine Vorstellung von der Art und dem Schweregrad der Erkrankung und der möglichen Behandlung und ihren Implikationen vermitteln und ihn so in die Lage versetzen, selbst kompetent über die Behandlung zu entscheiden. Konkret wird bei der „Selbstbestimmungsaufklärung“ zwischen „Diagnose“- , „Behandlungs“- , „Risiko“- und „Verlaufsaufklärung“ unterschieden:

- Die „*Diagnoseaufklärung*“ beinhaltet die vollständige Information des Patienten über den medizinischen Befund und die hieraus resultierende Diagnose(n). Dabei ist der (Zahn)arzt angehalten, den Patienten durch die Art und den Inhalt der Diagnoseaufklärung nicht ohne Not zu beunruhigen. Die Erfahrung zeigt, dass dieser Aspekt bei dem Gros der zahnärztlichen Diagnosen kein größeres Problem darstellt. Besondere kommunikative und ethische Herausforderungen birgt vor allem die Diagnoseaufklärung bei schwerwiegenden Erkrankungen bzw. bei Krankheiten mit infauster Prognose. Dennoch kann gerade hier die wahrhaftige, ggf. auf mehrere Gesprächstermine „verteilte“ Mitteilung von Befund und Diagnose von besonderer Bedeutung sein, da sie dem Patienten die Möglichkeit bietet, die verbleibende Lebensspanne selbstbestimmt zu gestalten und ggf. sein Leben zu „ordnen“ und/oder wichtige Dispositionen zu treffen.
- Die „*Behandlungsaufklärung*“ umfasst die Erläuterung der Art, die Dringlichkeit und die Erfolgsaussichten der geplanten Maßnahme(n), die Information über bestehende Alternativen und die Erläuterung der Tragweite, also der Folgen, die sich aus Durchführung bzw. Unterlassung der Maßnahme(n) ergeben (können). Abschließend kann es sinnvoll sein, eine fachliche Empfehlung zu geben; diese sollte aber *für den Patienten* formuliert sein, d. h. deutlich machen, dass es sich nicht um eine persönliche Behandlungspräferenz des (Zahn)arztes handelt, sondern um einen auf den Fall des Patienten bezogenen (zahn)ärztlichen Rat.
- Die „*Risikoaufklärung*“ soll über die „typischen“ Risiken und Komplikationen

informieren, die mit der diskutierten medizinischen Maßnahme verbunden sein können. Dabei sollte auf die Art des Risikos, seine Wahrscheinlichkeit und die mutmaßliche Bedeutung des Risikos für das weitere Leben des Patienten eingegangen werden. Zu nennen sind in der Regel Vorfälle ab einer Häufigkeit von 1:2000. Aus ethischer Sicht ist es relevant, die dargestellten Risiken konkret zu beschreiben – gerade auch, um persönliche Enttäuschungen des Patienten oder Belastungen des Vertrauensverhältnisses von (Zahn)arzt und Patient zu vermeiden. Auch über etwaige Behandlungsalternativen und deren Chancen und Risiken ist aufzuklären. Als Faustregel gilt, das die Risikoaufklärung umso detaillierter sein muss, je weniger dringlich der Eingriff ist; besonders hoch ist der Aufklärungsbedarf bei Eingriffen aus dem Bereich der ästhetischen (Zahn)heilkunde ohne medizinische Indikation. Zu erwähnen sind im Übrigen nicht nur die Eingriffskomplikationen oder sonstige schädliche Nebenfolgen des Eingriffs, sondern auch die Risiken, die mit dem Unterlassen eines Eingriffs verbunden sind.

- Zur „*Verlaufsaufklärung*“ zählen dagegen Informationen über sichere Eingriffsfolgen, z. B. über entstehende Zahnlücken oder persistierende Operationsnarben, sowie ganz grundsätzliche Angaben zum mutmaßlichen Zustand nach dem Eingriff. In die Verlaufsaufklärung gehören zudem Informationen über die Erfolgs- bzw. die Versagerquoten bei einem Eingriff. Die Verlaufsaufklärung soll den Patienten schließlich auch darüber informieren, wie die Krankheit voraussichtlich verlaufen wird, wenn er dem Eingriff nicht zustimmt.

Am Ende des Aufklärungsgesprächs sollte sich der (Zahn)arzt durch Rückfragen versichern, dass die gegebenen Informationen beim Patienten „angekommen“ sind und von ihm verstanden wurden. Ebenso wichtig ist es, dem Patient das Signal zu geben, dass es vollkommen akzeptabel ist, wenn er die Entscheidung für oder gegen die Behandlungsmaßnahme(n) im Bedarfsfall erst zu einem späteren Zeitpunkt trifft. Vor allem bei größeren elektiven Eingriffen sollte Aufklärungsgespräch und Eingriff nicht in direkter zeitlicher Abfolge geplant werden, sondern eine Bedenkzeit eingeräumt werden.

Die umfassende Aufklärung des Patienten ist nicht nur ein ethisches Gebot, sondern auch eine rechtliche Pflicht: Die Beweislast über den Inhalt der „Selbstbestimmungsaufklärung“ liegt beim (Zahn)arzt. Es liegt daher in dessen Interesse, den Inhalt der Aufklärung lückenlos zu dokumentieren und sich dies u. U. vom Patienten schriftlich bestätigen zu lassen. Patienten besitzen ihrerseits ein uneingeschränktes Recht zur Einsichtnahme in die eigene Patientenakte.

Von der „Eingriffsaufklärung“ klar zu unterscheiden ist die „*Sicherungsaufklärung*“ („*Therapeutische Aufklärung*“). Sie bezeichnet die Aufklärung des Patienten über ein therapiegerechtes Verhalten zur (Ab)sicherung des Heilerfolges und setzt daher ggf. erst nach der Durchführung eines bestimmten Eingriffs ein. Die Sicherungsaufklärung soll die Eigenverantwortung des Patienten stärken und ein gesundheitsförderndes Verhalten nach der therapeutischen Maßnahme gewährleisten. Dies schließt Warnungen vor möglichen Folgen ungesunden Verhaltens (z. B. unzureichende körperliche Schonung), Hinweise auf Unverträglichkeitsrisiken oder Empfehlungen konkreter, für den Heilungsprozess maßgeblicher Änderungen der Lebensführung (z. B. Umstellung der Mundhygienemaßnahmen und Ernährungsgewohnheiten, Etablierung eigenverantwortlicher sekundärprophylaktischer Maßnahmen) mit ein. Die Sicherungsaufklärung erstreckt sich auch auf die Medikation: Rezeptiert oder verabreicht der (Zahn)arzt ein Medikament, so muss er den Patienten über Dosis, Nebenwirkungen, Risiken und Unverträglichkeiten informieren. Das Faktum, dass jeder Medikamentenpackung ein Beipackzettel beigelegt ist, macht die therapeutische Aufklärung durch den (Zahn)arzt nicht entbehrlich.

Auch die Informationen über die Diagnose fallen in bestimmten Situationen in den Bereich der Sicherungsaufklärung – etwa dann, wenn eine Infektionskrankheit wie Hepatitis C diagnostiziert worden ist, die mit einer beträchtlichen Ansteckungsgefahr für Dritte verbunden ist, so dass dem weiteren Verhalten des Patienten besondere Bedeutung zukommt.

Die Sicherungsaufklärung ist eine therapeutische Pflicht. Sie wird durch das Vorliegen eines Informed Consent

nicht hinfällig; vielmehr ist das Versäumnis oder die mangelhafte Durchführung einer Sicherungsaufklärung als grober Behandlungsfehler zu werten.

3.2 Voraussetzungen und Grenzen eines Informed Consent

Selbstbestimmte Entscheidungen sind nur möglich, wenn gewisse Voraussetzungen gegeben sind: So muss der Patient (1) in umfassender und verständlicher Weise aufgeklärt worden sein, (2) die (zahn)ärztlichen Informationen aufgenommen und verstanden haben und (3) bei seiner Entscheidungsfindung frei von steuernden Außeneinflüssen (Zwängen) sein. Schließlich muss (4) eine Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit gegeben sein, d. h. der Patient muss Wesen, Bedeutung und Tragweite der besprochenen Maßnahme verstehen und ermessen können.

Die Entscheidungsfähigkeit ist weder ein absoluter Begriff noch ist sie rechtlich eindeutig einzugrenzen; vielmehr wird sie auch von kognitiven und emotionalen Aspekten beeinflusst. Die Kognition kann gerade beim zahnärztlichen Patienten – etwa bei großer Angst (ausgeprägte Zahnarztphobie) oder bei extremen Zahnschmerzen (akute Pulpitis) – eingeschränkt sein; jeder Zahnarzt sollte diesen Zusammenhang bei der Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit, aber auch bei der Ausgestaltung des Aufklärungsgesprächs berücksichtigen. Gleiches ist möglich bei Patienten, die an (passageren) Bewusstseinsstörungen leiden oder unter einer bestimmten Medikation bzw. unter Drogeneinfluss stehen. Eine emotional bedingte Einschränkung der Entscheidungsfähigkeit kann z. B. bei einer akuten Depression gegeben sein. Weitere Beispiele für eine *potentielle* Entscheidungsunfähigkeit sind Patienten, die an anderen psychischen Erkrankungen (z. B. akute Psychosen) oder demenziellen Veränderungen leiden oder minderjährig sind. Bei Letzteren ist allerdings zu beachten, dass die Einwilligungsfähigkeit eben nicht an die Geschäftsfähigkeit – also nicht an ein Lebensalter von mindestens 18 Jahren – gebunden, sondern in der Regel schon früher gegeben ist. Auch 14- oder 15-jährige Minderjährige können rechtswirksam einwilligen, wenn der (Zahn)arzt – unter Berücksichtigung der Art und Schwere des konkreten Eingriffs

– von der Einsichts- und Urteilsfähigkeit der betreffenden Person ausgeht. In der Praxis geht man davon aus, dass Personen unter 14 Jahren nicht die erforderliche Reife zu einem Informed Consent besitzen, und in den meisten Entscheidungssituationen in der Zahnheilkunde ist es empfehlenswert, bei Minderjährigen im Teenageralter zugleich die Einwilligung der Sorgeberechtigten nach vorausgegangener Aufklärung einzuholen. Dies ist allerdings nicht *grundsätzlich* anzuraten: Wenn etwa eine 17-jährige Patientin ihren Gynäkologen um die Verschreibung eines Kontrazeptivums bittet und der Arzt zu der Überzeugung gelangt, dass die Patientin entscheidungsfähig ist, also Wesen, Bedeutung und Tragweite der Entscheidung ermessen kann, ist der Arzt gegenüber den Eltern bzw. Sorgeberechtigten zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Liegen die oben genannten Kriterien einer selbstbestimmten Entscheidung vor, so ist die Patientenentscheidung zu akzeptieren – auch dann, wenn sie aus (zahn)ärztlicher Sicht kontraintuitiv oder unvernünftig sind. Im Gegenzug kann der (Zahn)arzt aber auch nicht zu Behandlungsmaßnahmen genötigt werden, für die er selbst keine medizinische Indikation stellt.

Bei einwilligungsunfähigen Patienten ist die „stellvertretende Einwilligung“ des gesetzlichen Stellvertreters einzuholen – dies können (z. B. bei Minderjährigen) die Eltern/ein Elternteil oder aber eine andere zum gesetzlichen Betreuer bestellte Person sein. Des ungeachtet sind nicht einwilligungsfähige Patienten über die vorgesehene Maßnahme so weit zu informieren, wie es ihrem Auffassungsvermögen entspricht.

In medizinischen Notfällen, bei denen der Patient nicht mehr ansprechbar ist, hat der (Zahn)arzt im mutmaßlichen Interesse des Patienten zu handeln.

Aufklärungsgespräche sind grundsätzlich (zahn)ärztliche Aufgaben und somit nicht an das Fachpersonal delegierbar. Nur in wenigen Ausnahmefällen ist es zulässig, die Aufklärung des Patienten zu unterlassen. Neben dem später zu diskutierenden, sehr seltenen Sonderfall des „Therapeutischen Privilegs“ ist dies in einer Notfallsituation gegeben, bei der ein regelhaft durchgeführter Informed Consent einen vital bedrohlichen Zeitverzug bedeuten würde. Sofern der Patient ansprechbar ist, sollte in ei-

nem derartigen Notfall nur die nötigste Information gegeben und die ausführliche Aufklärung zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt werden. Denkbar ist auch eine dritte Ausnahme: In seltenen Fällen möchten Patienten von ihrem „Recht auf Nicht-Wissen“ Gebrauch machen und explizit auf ihr Informationsrecht verzichten. Erfolgt dieser Wunsch ohne äußeren Zwang und bei bestehender Entscheidungsfähigkeit, ist er zu respektieren. Dabei ist eine schriftliche Dokumentation des Patientenwunsches vorzunehmen; gleichwohl sollte der Arzt auch in der Folge die Bereitschaft signalisieren, den Patienten jederzeit in das therapeutische Geschehen einzubeziehen.

3.3 Kritik am Primat der Patientenautonomie und der „Radikalität“ des Informed Consent-Konzeptes

Die grundsätzliche Relevanz des Informed Consent-Konzeptes und seine Einordnung als Qualitätsmerkmal (zahn)ärztlichen Handelns werden heutzutage kaum in Frage gestellt. Gegenstand kritischer Diskussionen sind jedoch das Ausmaß, die konkreten Anforderungen und die „Operationalisierung“ der Patientenaufklärung.

Während viele Ethiker in der konsequenten Umsetzung des Informed Consent-Gedankens einen Sieg des selbstbestimmten Patienten über den ärztlichen Paternalismus sehen, betont mancher Kritiker, dass eine umfassende informierte Aufklärung a priori unerreichbar – mithin also eine Fiktion – sei [3]; außerdem verstelle diese den Blick auf die Tatsache, dass der Patient zuvorderst (zahn)ärztliche Hilfe erhofft und nicht eine Fülle an (potentiell Angst auslösenden) aufklärerischen Informationen sucht. Interessanterweise argumentieren auch die Kritiker eines „rigorosen“ Informed Consent mit ethischen Prinzipien: Sie stellen ihrerseits Aspekte der (zahn)ärztlichen Fürsorge (Benefizienz) in den Mittelpunkt der Argumentation. Konkret werden die folgenden vier Aspekte bzw. Motive besonders häufig diskutiert:

– *Warnung vor dem „Nocebo-Effekt“*: Der „Nocebo-Effekt“ beschreibt potentiell schädliche Wirkungen einer Aufklärung des Patienten über Risiken, Nebenwirkungen und mögliche Spätfol-

gen. Eine allzu „risikoorientierte“ Patientenaufklärung kann tatsächlich dazu führen, dass Ängste und medizinische Komplikationen ausgelöst werden, kurz: dass sich die Gesundheitssituation des Patienten durch eine negative Erwartungshaltung verschlechtert. Die gelegentlich beobachtbare, ethisch zweifelhafte Tendenz, den Patienten im Rahmen der Aufklärung mit allen halbwegs denkbaren, aber abwegigen Risiken und Komplikationsmöglichkeiten zu konfrontieren, wird auch als „Truth Dumping“ – das Abladen von (statistischen) Wahrheiten beim Patienten – bezeichnet. Angesichts der Existenz von Nocebo-Effekten ist es wichtig, im Rahmen der Kommunikation mit dem Patienten positive Erwartungen zu verstärken und negative zu reduzieren. Dies kann freilich nicht bedeuten, eine seriöse Risiko-Aufklärung zu unterlassen, sondern vielmehr, diese so zu gestalten, dass sie mit einer positiven Perspektive verbunden bleibt bzw. eine solche Aussicht am Ende des Gesprächs steht.

– *Verweis auf bewährte alternative Konzepte der Entscheidungsfindung:* Manche Kritiker des modernen Informed Consent-Konzeptes verweisen auf andere „bewährte“ Vorgehensweisen – so etwa auf die Maxime „Behandle jeden Patienten derart wie du deine Familienmitglieder behandelt sehen möchtest“: Wenn ich als (Zahn)arzt nach der vorgenannten Maxime verfare, mache ich die Therapieentscheidung von dem abhängig, was ich aufgrund meiner eigenen familiären und sozialen Erfahrungen für maßgeblich erachte. Ich treffe also eine therapeutische (Vor)entscheidung, die meiner eigenen Erfahrungswelt und meiner Lebensrealität entspricht, und agiere somit zwangsläufig paternalistisch. Tatsächlich kann es für einen Therapeuten eine wertvolle perspektivische Erweiterung sein, im Patienten einen behandlungsbedürftigen Angehörigen zu sehen. Man sollte jedoch berücksichtigen, dass es verschiedene Werte-haltungen und Lebensmaximen gibt und dass die Einnahme dieser Perspektive nicht für jeden Patienten (in gleichem Maße) hilfreich ist. Es spricht wenig dagegen, einen solchen Blickwinkel in das Aufklärungsgespräch zu integrieren. Wichtig wäre es jedoch, die persönliche Meinung explizit als

solche kenntlich zu machen – etwa in der Form: „Frau X., wenn Sie meine Mutter wären, würde ich Ihnen bei diesen Ausgangsbefunden und den angegebenen Zuzahlungsmöglichkeiten zweifellos zu einer implantatgestützten Versorgung raten.“

– *Primat der „Gestützten Autonomie“:* Der Begriff beschreibt eine Synthese zwischen den beiden ethisch relevanten Prinzipien „Respekt vor der Patientenautonomie“ und „(zahn)ärztliche Fürsorge“. Hiernach ist Autonomie ein zwar wesentliches, nicht aber ein übergeordnetes Prinzip im Umgang mit dem Patienten: „Erst Elemente der Fürsorge ermöglichen die Entfaltung einer tragfähigen Beziehung zwischen den Beteiligten“ (*Linus Geisler*). Ausgangspunkt dieser Position ist die Erfahrung, dass Angst oder Schmerzen (mithin Aspekte, die gerade im Erleben des zahnärztlichen Patienten u. U. besondere Bedeutung haben), aber auch Hilflosigkeit angesichts einer vital bedrohlichen Krankheit die Fähigkeit zu selbstbestimmten Entscheidungen und Handlungen – und damit den Stellenwert und Nutzen des Informed Consent – deutlich einschränken. Gerade in diesen Fällen gewinne, so *Geisler*, eine „Ethik der Fürsorge“ gegenüber der Patientenaufklärung an Gewicht.

In der Tat ist diese Argumentation ernst zu nehmen – sie darf aber nicht dazu führen, dass man z. B. im Vorfeld von Schmerzbehandlungen nicht aufklärt, sondern allenfalls, dass man sich zunächst auf wesentliche Elemente beschränkt und weiterführende Aspekte erst dann bespricht, wenn der Patient seine Schmerzen überwunden hat und seine Selbstbestimmung wieder im gebotenen Maß wahrnehmen kann.

– *Rückgriff auf das „Therapeutische Privileg“:* Unter diesem Begriff wird das Recht des Behandlers verstanden, auf eine Patientenaufklärung dann zu verzichten, wenn dem Kranken hierdurch ein unabsehbarer großer Schaden zugefügt würde – etwa, wenn es sich um einen Patienten mit einem fortgeschrittenen Mundbodenkarzinom und infauster Prognose handelt und der Kieferchirurg oder (Zahn)arzt Anhaltspunkte hat, dass eine wahrhaftige Aufklärung im betreffenden Fall die Zerstörung der Lebenshoffnung und eine psychische Extremsituation (z. B.

eine suizidale Handlung) zur Folge hätte. Manche Patienten, so die Verfechter des „Therapeutischen Privilegs“, könnten oder wollten die (volle) Wahrheit nicht ertragen. Selbst das Aussprechen einer „gnädigen Lüge“ („Benevolent Deception“) könne so unter Umständen gerechtfertigt werden.

Anders als in früheren Zeiten wird das „Therapeutische Privileg“ nur noch selten vertreten bzw. in Anspruch genommen. In jedem Fall sollte der Umstand, dass und warum vom „Therapeutischen Privileg“ Gebrauch gemacht wurde, in der Krankenakte dokumentiert werden. Dennoch ist rechtlich Vorsicht geboten: Das Verschweigen einer vital bedrohlichen Erkrankung kann als Verstoß gegen die Sorgfaltspflicht gehandelt werden. Auch aus ethischer Sicht ist das therapeutische Privileg nur in absoluten Ausnahmefällen zu rechtfertigen – und in der Zahnheilkunde dürfte dies noch weitaus seltener der Fall sein als in einigen anderen medizinischen Fachdisziplinen (Onkologie, Strahlentherapie u. a.). Des ungeachtet gibt es eine Reihe von Situationen, die den (Zahn)arzt zunächst vor einer vollständigen Aufklärung zurückschrecken lassen bzw. diese erschweren: hierzu zählen neben der Situation, dass die Patienten deutlich machen, die volle Wahrheit nicht ertragen zu können, auch die konkrete Sorge vor einer Panikreaktion des Patienten oder aber die Angst, den Patienten verstandesmäßig zu überfordern. In diesen Fällen empfiehlt es sich, die Aufklärung auf mehrere, emotional leichter verarbeitbare Gespräche aufzuteilen. Dies empfiehlt sich auch dann, wenn der Behandler selbst die Aufklärungssituation als schwierig empfindet und sich emotional und/oder kommunikativ überfordert fühlt.

Auch wenn die vorgenannten Argumente und Motive keineswegs substanzlos sind, bleibt festzustellen, dass der Informed Consent in rechtlicher wie ethischer Hinsicht eine Errungenschaft darstellt, an der festzuhalten ist. Selbst bei „schlimmen“ Wahrheiten mit infauster Prognose gibt es einige ethisch relevante Gründe für eine – ggf. schrittweise erfolgende – wahrhaftige Aufklärung [3]: Zum ersten ist Wahr-

haftigkeit ein Wert an sich, weil sie die Voraussetzung für Glaubwürdigkeit und Vertrauen bildet. Zum zweiten kann Hoffnung nur dann „greifen“, wenn Sie durch die (letztlich unverkennbare) Realität halbwegs gedeckt ist. Und zum dritten deuten Studien darauf hin, dass die vollständige Aufklärung emotional stabilisierend wirkt, weil die Krankheit einen „Namen“ erhält und so spekulative, zermarternde Ängste (*Was habe ich wirklich? Wie lautet die ganze Wahrheit?*) abgebaut werden können. Ein gelungenes Aufklärungsgespräch fördert die Krankheitsbewältigung, verbessert die Compli-

ance des Patienten, festigt das Therapeutische Bündnis und stärkt die Beziehung zwischen Patient und Behandler.

Ausblick:

Teil 3 der Reihe befasst sich mit den Potenzialen und Fallstricken der zahnärztlichen Kommunikation sowie mit der zahnärztlichen Schweigepflicht, ihren Grenzen (Offenbarungsbefugnisse und -pflichten) und den ethisch besonders herausfordernden „Grauzonenbereichen“.

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt im

Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.

Korrespondenzadresse

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Dr. phil. Dominik Groß
Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der RWTH Aachen
Universitätsklinikum Aachen
Wendlingweg 2
52074 Aachen
Tel.: 02 41 / 8 08 80 95
Fax: 02 41 / 8 08 24 66
E-Mail: dgross@ukaachen.de
Dominik.gross@rwth-aachen.de

Literatur

1. Groß D: Zwischen Wunscherfüllung und Körperverletzung: Die Zahnarztpraxis als Kosmetik- und Wellness-Oase. In: Kettner M (Hrsg.): Wunscherfüllende Medizin. Ärztliche Behandlung im Dienst von Selbstverwirklichung und Lebensplanung. Campus, Frankfurt a. M. 2009, S. 103–122
2. Groß D, Schäfer G: Das Verhältnis von Patient und Behandler im Zeitalter von Health 2.0 und Telemedizin. In: Groß D, Rosentreter M (Hrsg.): Der Patient und sein Behandler. Die Perspektive der Medical Humanities. Lit, Berlin 2010, S. 107–123
3. Hick C: Klinische Ethik. Springer, Heidelberg 2007
4. Parzeller M, Wenk M, Zedler B, Rothschild M: Aufklärung und Einwilligung bei ärztlichen Eingriffen. Dtsch Arztebl 104, A-576–A-586 (2007)
5. Rauprich O, Steger F (Hrsg.): Prinzipienethik in der Biomedizin. Moralphilosophie und medizinische Praxis. Campus, Frankfurt 2005
6. Riha O: Grundwissen Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin. Huber, Bern 2008
7. Schöne-Seifert B: Grundlagen der Medizinethik. Thieme, Stuttgart 2007
8. Sternitzke A: Individualität und Selbstbestimmung durch elektronische Gesundheitsakten., In: Jähn K, Reiher M, Nagel E (Hrsg.): E-Health im Spannungsfeld zwischen Entwicklung und Anwendung. 2. Symposium der Arbeitsgruppe e-Health and Health Communication. Akademische Verlags-Gesellschaft, Berlin 2007, S. 97–108
9. Viehoff R, Bogen C: E-Health aus Sicht der Medien- und Kommunikationswissenschaften. In: Jähn K, Reiher M, Nagel E (Hrsg.): E-Health im Spannungsfeld zwischen Entwicklung und Anwendung. 2. Symposium der Arbeitsgruppe e-Health and Health Communication. Akademische Verlags-Gesellschaft, Berlin 2007, S. 111–122
10. Wear S: Informed Consent: Patient autonomy and clinician beneficence within health care. Georgetown University Press, Washington 1998

D. Groß¹, B. Schilling¹, G. Schäfer¹

Ethik in der Zahnheilkunde: Progresstest (Teil 2)^{2, 3}

Bitte beachten Sie, dass jeweils nur eine Antwort zutrifft.

11. Welches der nachfolgend genannten Merkmale zu den verschiedenen, die Beziehung von (Zahn)arzt und Patient beschreibenden Modellen trifft zu?

- a) Charakteristisches Kennzeichen des „Vertragsmodells“ ist die Orientierung an den Gesetzmäßigkeiten des Marktes (Angebot und Nachfrage).
- b) Beim „partnerschaftlichen Beziehungsmodell“ tritt an die Stelle des Patienten ein Kunde, der von seinem (Zahn)arzt keine Therapie, sondern eine Dienstleistung wünscht.
- c) Das „Vertragsmodell“ ist gekennzeichnet durch ein „Shared Decision Making“ von (Zahn)arzt und Patient.

¹ Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Universitätsklinikum Aachen

² In den Fragen wird zur Vereinfachung die weibliche Form von Arzt und Patient unterschlagen, ist aber implizit mitgemeint.

³ Die Auflösung mit Angabe der richtigen Antworten zu diesem Fragebogen finden Sie in dieser Ausgabe auf S. 687.

- d) Das „hippokratische Modell“ ist ein historisches Beziehungsmodell, das nur im antiken Griechenland und teilweise im alten Rom aufzufinden war.
- e) Das „Vertragsmodell“ wird auch als „interaktives Modell“ bezeichnet.

12. Welche Aussage zum Hippokratischen Eid trifft nicht zu?

- a) Es handelt sich um einen in der Antike verfassten Moralkodex in der Medizin.
- b) Er handelt von den ärztlichen Pflichten gegenüber den Kranken.
- c) Er enthält Verhaltensvorschriften, die den Missbrauch ärztlicher Macht verhindern sollen.
- d) Er betont den Respekt des Behandlers vor der Selbstbestimmung des Patienten.
- e) Er fordert strikte Verschwiegenheit in Angelegenheiten, die die Behandlung betreffen.

13. Welcher der folgenden Faktoren ist nicht mitursächlich für die strukturelle Asymmetrie zwischen (Zahn)arzt und Patient?

- a) Die Tatsache, dass (Zahn)ärzte die Macht haben zu definieren, was „gesund“ und was „pathologisch“ ist.
- b) Die Tatsache, dass im Regelfall ein kranker Patient einem gesunden (Zahn)arzt gegenübersteht.
- c) Die Tatsache, dass sich der (Zahn)arzt über Patientenentscheidungen hinwegsetzen darf, wenn diese ihm unvernünftig erscheinen.
- d) Die Tatsache, dass der (Zahn)arzt als Experte in medizinischen Fragen auftritt und gilt.
- e) Die Tatsache, dass der (Zahn)arzt ein hohes gesellschaftliches Prestige besitzt.

14. Welche Aussage ist falsch? Voraussetzung für einen wirksamen „Informed Consent“ ist

- a) die Entscheidungskompetenz des Patienten.
- b) das Verständnis des Patienten für die Inhalte des Aufklärungsgesprächs.
- c) das Fehlen von steuernder Einflussnahme durch Dritte.
- d) die Überprüfung der Sinnhaftigkeit der Patientenentscheidung durch den (Zahn)arzt.
- e) die Einhaltung einer angemessenen Bedenkzeit vor der möglichen Zustimmung.

15. Welche Aussage ist richtig? Die Zustimmung zu einer zahnmedizinischen Behandlung bei einer Minderjährigen erfolgt

- a) immer durch die Erziehungsberechtigten bzw. gesetzlichen Vertreter.
- b) stellvertretend durch den (Zahn)arzt nach kritischer Indikationsstellung.
- c) nach Einrichtung einer Eilbetreuung.
- d) mit Einverständnis der Patientin, wenn diese bereits ein-sichtsfähig ist.
- e) durch die nicht erziehungsberechtigte, aber volljährige Begleitperson der Minderjährigen.

16. Welcher der folgenden Bestandteile ist kein Element der „Eingriffsaufklärung“?

- a) Die Grundaufklärung (Diagnose plus Art und Schweregrad des Eingriffs)
- b) Die Risikoaufklärung
- c) Die Aufklärung über Behandlungsalternativen
- d) Die Sicherungsaufklärung
- e) Die Verlaufsaufklärung

17. Welche Satzergänzung trifft zu? Die Maxime „Behandle jeden Patienten derart wie du deine Familienmitglieder behandelt sehen möchtest“

- a) ist eine eindeutige Richtschnur für ethisch verantwortliche Entscheidungen.
- b) verletzt grundsätzlich das Prinzip des primum nihil nocere („vor allem nicht schaden“).
- c) trägt grundsätzlich dem Prinzip des salus aegroti suprema lex („Das Wohl des Kranken ist oberstes Gebot“) Rechnung.
- d) ist ein Beispiel für ein ethisches Dilemma.
- e) bedeutet, an andere die eigenen Wert-Maßstäbe anzulegen.

18. In medizinethischen Diskussionen kommt es häufig zu Wertekollisionen zwischen den ethischen Prinzipien Autonomie und Fürsorge (= Benefizienz). Für das Konzept der „gestützten Autonomie“ gilt:

- a) Wem am Wohl des Patienten liegt, der muss dessen Willen achten, und wer die Autonomie des Patienten achtet, dem kann dessen Wohl nicht gleichgültig sein.
- b) Bei schwer kranken Patienten muss allein der (Zahn)arzt die Therapie zum Wohl seines Patienten bestimmen.
- c) Autonomie und Patientenwohl werden bei diesem Konzept gleichgesetzt.
- d) Zur Wahrung der Autonomie wird auf die Behandlung von Schmerzen mit dämpfenden Medikamenten verzichtet.
- e) Je weniger es dem Patienten gelingt, sich selbstbestimmt zu verhalten, desto weniger wichtig wird seine Autonomie.

19. Ein Patient bekommt eine Zahnsanierung in Intubationsnarkose in einem Universitätsklinikum. Der Operateur ermuntert den anwesenden Zahnmedizinstudenten, doch ein paar Zähne zu ziehen, da der Patient „ja nichts mitbekomme“. So zu verfahren ist...

- a) akzeptabel, weil der Patient in Narkose ist.
- b) akzeptabel, weil der Patient sich bekanntermaßen in einer „Ausbildungsstätte“ behandeln lässt.
- c) akzeptabel, weil es die Fähigkeiten und Fertigkeiten des Studenten verbessert.
- d) nur akzeptabel, wenn der Patient vorher eingewilligt hat.
- e) nicht akzeptabel, da der (Zahn)arzt dem Patienten die Behandlung schuldet.

20. Sie stellen als behandelnder (Zahn)arzt bei einem hochbetagten, aber geistig regen Patienten durch eine Probeentnahme ein fortgeschrittenes Mundbodenkarzinom fest. Von den Angehörigen des Patienten wurden Sie im Vorfeld gebeten, dem Patienten einen bösartigen Befund nicht mitzuteilen, da er psychisch sehr labil sei und man ihm dieses Wissen ersparen wolle. Welche Position vertreten Sie, wenn der Patient in Ihrer Praxis erscheint?

- a) Sie machen sich ein eigenes Bild vom psychischen Zustand des Patienten, streben aber im Grundsatz eine wahrhaftige Aufklärung (ggf. in mehreren Gesprächen) an.
- b) Sie sagen, das Ergebnis der Probeentnahme sei noch nicht vorhanden, um mehr Zeit zu gewinnen und sich über eine geeignete Gesprächsstrategie klar zu werden und verschieben die Aufklärung des Patienten auf einen späteren Zeitpunkt.
- c) Sie klären den Patienten nur in dem Rahmen auf, wie er selbst Fragen zu seinem Befund stellt.
- d) Sie bitten die Angehörigen, das Aufklärungsgespräch zu übernehmen,
- e) Sie folgen dem Wunsch der Angehörigen, das Ergebnis zu verschweigen, da diese den Patienten besser kennen.

Buchbesprechung / Book Review

Formularmanger Implantologie

Aufklärung • Organisation • Abrechnung • QM

P. Ehrl, Spitta Verlag, Balingen 2011, ISBN 978-3-041964-53-2, Software, 165,41 €

Mit dem „Formularmanger Implantologie“ aus dem Spitta Verlag steht eine Software zur Verfügung, die den veränderten Abläufen einer implantologisch ausgerichteten Praxis Rechnung trägt und in der allgemeinen Praxisorganisation für die Patientenaufklärung und die Patientenbetreuung zur Implantatdiagnostik und Planung sowie implantologischen Behandlung und Leistungsabrechnung erforderliche Vordrucke sowie Formulare bereithält und verwalten lässt. Die Formulare stehen als MS-Worddatei in einer graphisch ansprechenden Form zum sofortigen Einsatz bereit, können jedoch auch vom Benutzer individualisiert und ggf. aktualisiert werden. Auch Dokumente zum Qualitätsmanagement und zur Leistungsabrechnung sind in der Software enthalten. Zusammenfassend handelt es sich bei dem „Formularmanger Implantologie“ um eine ge-



lungene Zusammenstellung von Formularen unterschiedlichster Art und Bescheinigungen, die im Zusammenhang mit einer Implantatbehandlung erforderlich werden können, die sich im Praxisalltag sicherlich rasch bewähren wird. Der Preis von ca. 160,00 € erscheint ebenfalls angemessen. **DZZ**

E.J. Kramer, Göttingen

VIELSEITIG!



- Für schmale Kiefer:
TINY® Implantate ab Ø 2,5mm
- Bei limitiertem vertikalem Knochenangebot:
Plus Implantate ab 5,5mm Länge
- Standardgrößen gibt es sowieso....

... und alles mit nur einem Chirurgie-Set!

Informieren Sie sich!
Tel. 07231 / 428 06 10
info@bti-implant.de



B.T.I. Deutschland GmbH
Mannheimer Str. 17
75179 Pforzheim

Zahnlos – nicht planlos

Impressionen von 18. Sommersymposium des Mitteldeutschen Landesverbandes für Zahnärztliche Implantologie im DGI e.V. (MVZI) vom 23. bis 25.6.2011 in Gera zum Thema „Zahnlos – nicht planlos“



Das Thema des mit 392 Mitgliedern nicht sehr großen Verbandes innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Implantologie für die Länder Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen und die Vorfreude auf das traditionelle nunmehr 18. Treffen führte 197 Zahnärzte und 84 Helferinnen nach Gera. Die Stadt an der Elster überraschte mit dem Otto-Dix-Haus, gepflegten Parks infolge der letzten Bundesgartenschau und einem beeindruckenden Theater. In diesem erlebten wir nach dem Comedian *Josef Bertl* mit einem Feuerwerk an Bonmots einen Opernball mit Musical Highlights.

Die Eröffnung des Symposiums war bemerkenswert: Nach Begrüßung durch den Präsidenten des MVZI, Dr. *Thomas Barth* (Leipzig), sprach zu uns der einzige Zahnarzt mit Sitz im Bundestag, der Schleswig-Holsteiner Dr. *Rolf Koschorrek* (CDU). Er referierte zu Gestaltungsmöglichkeiten der Gesundheitspolitik. Nach seiner Überzeugung erfordert die demographische Entwicklung langfristig eine Datenvernetzung von Patienten und von Ärzten. Die wenig erfreuliche Entwicklung des Gesundheitswesens sei

dem jeweils ministeriumsführenden Koalitionspartner anzulasten. In der Diskussion geäußerte Befürchtungen für den Berufsstand, die sich aus der Schere zwischen politisch gefordertem Behandlungs- und Bürokratieaufwand und rückläufigem Einkommen ergeben, wurden so nicht gesehen.

Die Tagung war spannender: Den wissenschaftlichen Leitern, Prof. em. Dr. *Edwin Lenz* (Kiliansroda) und Dr. med. habil. *Volker Ulrici* (Leipzig), war es gelungen, ein in sich geschlossenes Thema abzuarbeiten: Das war die prothetische Versorgung des zahnlosen Kiefers. Prof. *Lenz* zitierte die von ihm mitbetreuten deutschen Mundgesundheitsstudien. Nach ihnen ist bei Senioren mit über 20 % Zahnlosen zu rechnen, von denen 98 % keine Implantate aufwiesen. Überraschend häufig wurde der Funktionswert oberer Totalprothesen von Frauen bemängelt. PD Dr. *Stefan Wentaschek* (Mainz) besprach aktuelle Planungsprobleme. Gemeinsam stellten die Leipziger Dr. *Ulrici* und ZTM *Walter Böthel* Teamarbeit in der Totalprothetik vor, von der Schreinemakerschen Abformung über Stützstiftregistrierung, den Einsatz des

Gesichtsbogens bis zur Eingliederung des Zahnersatzes. Prof. Dr. *Ingrid Grunert* aus Innsbruck analysierte Altersaspekte bei Totalprothesenträgern. Diese werden infolge der demographischen Entwicklung sowohl zahlenmäßig als auch qualitativ zunehmen. Die Menge der jährlich verkauften 60 Tonnen Haftpulver wird ansteigen. Die Individualität der Alternden mit ihrer unterschiedlich reduzierten Adaptationsfähigkeit ist für die Nachhaltigkeit der Therapie, für den Aufwand und hinsichtlich der Nachsorgemöglichkeit zu berücksichtigen. Evidenzgestützte Empfehlungen aber gibt es nicht. Ich durfte einen historischen Abriss zur Chirurgie im Dienste der Totalprothetik von den Reichenbachschen subperiostalen Implantaten über die präprothetische Chirurgie zur enossalen Implantologie geben. Nach Dr. *Edgar Hirsch* aus Leipzig ist die 3-D-Diagnostik in vielen Fällen besonders im Oberkiefer hilfreich, ja erforderlich, für einfache interforaminale Implantationen im Unterkiefer ist sie aber oft entbehrlich. Prof. Dr. Dr. *Karl Andreas Schlegel* (Erlangen) wertete Augmentationsmöglichkeiten mit autologem Material oder Knochen-



Abbildung 1 Zur Tagungseröffnung: Der Präsident des MVZI Dr. *Thomas Barth* und der Festredner Bundestagsabgeordneter und Zahnarzt Dr. *Rolf Koschorrek*.



Abbildung 2 Wissenschaftlicher Leiter der Tagung neben Dr. med. habil. *Volker Ulrici*: Professor em. Dr. *Edwin Lenz*.



Abbildung 3 Altersprobleme bei Zahnlosen diskutierten zwei Damen: Prof. Dr. Ingrid Grunert (links) und Prof. Dr. Ina Nitschke (rechts).

ersatzmaterialien. Prof. Dr. *German Gomez-Roman* (Tübingen) analysierte das Schicksal von Implantaten im augmentierten Kiefer. Das muss nicht ungünstiger als im ortständigen Knochen sein. Erfolge kurzer Implantate lassen aber Nebenwirkungen von Augmentationen neu bewerten, was kontrovers diskutiert wurde. Doz. Dr. *Michael Fröhlich* und Dr. *Falk Nagel* aus Dresden bezogen das Auditorium ein und diskutierten mit ihm implantologische Therapiekonzepte in unbezahnten Kiefern. Erwartungsgemäß waren akzeptable Lösungsmöglichkeiten vielfältig – wie im Tagungsthema formuliert. Dr. *Robert Böttcher* (Ohrdruf) stellte als Versorgungsvariante für unbezahnte Kiefer angulierende Implantate vor, die unter Vermeidung aufwendiger Augmentationen festsitzende Versorgungen ermöglichen. Dr. Dr. *Roland Streckbein* aus Limburg und *Jan Herrmann* aus Zwickau brachten

schmale Implantate mit ihren konstruktiven und werkstoffkundlichen Grundlagen ins Gespräch. Zu wenig beachtet wurde der Beitrag von Dr. *Joachim Eifert* aus Halle. Nach dessen Erfahrungen sollten festsitzende implantatgetragene Totalversorgungen geteilt und verschraubt eingesetzt werden, um bei langzeitiger Tragedauer zu erwartende Reparaturen einfacher ausführen zu können. Prof. Dr. *Ina Nitschke* (Leipzig und Zürich) griff systematisch und in vielfältigen Aspekten das Thema auf, was bei Patienten altersbezogen zu beachten ist. Die Variationsbreiten der Ansprüche der gealterten „Experten für ihr eigenes Leben“ mit ihrer Subklassifikation von fitten Alten bis zu Pflegebedürftigen und ihre auch medikamentös bedingten Verhaltensmöglichkeiten sind derart groß, dass sie bei flüchtigem Kontakt kaum erfasst werden können. Der herausragende Beitrag bot Lösungswege an, die wegen der

demographischen Entwicklung zwingend in die studentische und postgraduelle Ausbildung einfließen müssen. Dr. *Arne Boeckler* aus Halle stellte die Fülle der Verbindungselemente zwischen Implantaten und Zahnersatz beim Zahnlosen systematisch vor. Das ist ein spannendes, aber in seiner Bewertung über den Zeitverlauf noch sehr erfahrungsgesteuertes Feld. Der Zahntechniker *Matthias Gürtler* aus Arnsdorf vermittelte vielfältige Probleme bei Versorgungen mit teleskopierenden Verbindungselementen. Dr. *Ralf Rössler* (Ludwigshafen und Marburg) besprach den zahnlosen PA-Patienten. Er betrachtet die Parodontitis als Infektionskrankheit, die auch nach Verlust aller Zähne fort dauert. Drei Vorträge folgten meiner Anregung, zur Problematik des alternden Implantates Stellung zu beziehen: Dr. *Karl-Ludwig Ackermann* aus Filderstadt demonstrierte die Evolution der Implantatprothetik



Abbildung 4 Bezog in seinen Vortrag das Auditorium mit ein: Dozent Dr. Michael Fröhlich.




Abbildung 5 Aus dem gastgebenden Gera: Dr. Hansjörg Heidrich referierte zu moderner CAD/CAM-Technologie. (Abb. 1–5: MVZI)

beim Zahnlosen an seinem riesigen Krankengut und zeigte den Wandel eigener Anschauungen mit wachsender klinischer Erfahrung. Dr. *Helmut Steveling* (Gernsbach) demonstrierte, wie aus Erfordernissen der Praxis Wandlungen im System erfolgten, dass aber auch mit den frühzeitigen aus heutiger Sicht eher unvollkommenen Technizismen gute Langzeitergebnisse möglich waren. Dr. *Tobias Schneider* aus Hechendorf zeigte an Einzelfällen, wie ein junger Zahnarzt mit Problemen an alten Implantaten konfrontiert wird, wie diese gelöst wurden, selbst wenn dann mehrere Implantatsysteme nebeneinander stehen. Mittlerweile besteht in der *Schmidingerschen* Praxis die Erfordernis, etwa 150 Implantate pro Jahr zu entfernen. Diese Vorträge zeigten, wie erfindungsreich innovativ denkende Implantologen beim individuellen Patientenfall sein müssen. Prof. Dr. *Stefan Wolfart* aus Aachen demonstrierte in seinem ebenso spannenden Beitrag, wie man andererseits versucht, implantologische Erfahrungen so zu systematisieren, dass wissenschaftlich akzeptable Leitlinien entstehen. Es

geht um die so genannte evidenzbasierte Implantatprothetik. Es erfordert den riesigen Aufwand einer systematischen Sichtung der zugänglichen Literatur, um eine wissenschaftliche Begründung zu finden für die Entscheidung zwischen festsitzendem oder abnehmbarem implantatgetragenen Zahnersatz im unbezahnten Oberkiefer. Es waren letztlich nur wenige Arbeiten auswertbar und deren Zusammenfassung führte zu keiner Aussage. Dieser Block mit den vier Vorträgen war in seiner Komplexität und seinem Kontrast derart bemerkenswert, dass ich mir seine Zusammenfassung in einer Zeitschrift wünsche und anderen Verbänden eine Komplettbuchung empfehlen kann. Die zahlreich vertretene Industrie veranstaltete gut frequentierte Workshops und gestaltete einen Tagungsabschnitt. Auch sie war mit der Tagung zufrieden. Zum Abschluss wurden freie Vorträge geboten, die sich beschäftigten mit Kooperationen Chirurg/Prothetiker (Dr. *Matthias Brückner*, Dresden), dem Erfolg kurzer Implantate nach *Anitua* (Dr. *Friedemann Petschelt*, Lauf), Periimplantitistherapie (*Gerrit Schauer-*

mann, Saalfeld), Abwägung von Teleskop versus Locator (*Sebastian Janke*, Hamburg), Einsatz von Zirkonoxid und CAD/CAM-Technologie (der Geraer Dr. *Hansjörg Heidenreich*), augmentationsfreien Behandlungskonzepten (der Geraer *Uwe Solcher*), Inversionsplastik im interforaminalen Bereich (Dr. *Joachim Hoffmann*, Jena) und Hilfsimplantaten (Dr. *Michael Gey* – Chemnitz). Diese Beiträge aus der Praxis für die Praxis honorierte das Auditorium mit einer zahlreichen Anwesenheit noch bis zum Schluss.

Insgesamt war es eine Tagung, mit der es gelungen ist, ein abgeschlossenes Thema in zusammengehörige Komplexe zusammenzufassen. Hierfür und für die großartigen Rahmenveranstaltungen gebührt der wissenschaftlichen Leitung, dem Vorstand und seinem Präsidenten, Dr. *Thomas Barth* aus Leipzig höchstes Lob. Wir freuen uns bereits jetzt auf Magdeburg, wo es vom 14. bis zum 16. Juni 2012 um „Lücken – Rücken – Brücken: Implantatprothetische Therapieansätze im Lückengebiss“ geht. 

Dr. *Lutz Tischendorf*, Halle
www.drtischendorf.de



TAGUNGSKALENDER

2011

21.09. – 25.09.2011, Dresden

Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie (DGKFO)

Thema: „Kieferorthopädie und Mundgesundheit“

Auskunft: www.dgkfo.de

23.09. – 24.09.2011, Hamburg

Thema: „19. CEREC Masterkurs, Jahrestagung der DGCZ und der Sektion Informatik“

Auskunft: Anmeldung über Akademie für Zahnärztliche Fortbildung, Tel.: 07 21 / 91 81 – 200, Fax: – 222,
E-Mail: fortbildung@za-karlsruhe.de;
Detailinformationen: www.dgcz.org

23.09. – 24.09.2011, Düsseldorf

Deutscher Gesellschaft für Schädelbasischirurgie (DGSB) 2011

Thema: „Vom Mikroskop zum Endoskop; Von Radikalität zur Funktionalität“

Auskunft: Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH, Carl-Pulfrich-Str. 1, 07745 Jena, Tel.: 0 36 41 / 31 16 315, dgsb2011@conventus.de, www.conventus.de

24.09.2011, Köln

Deutsche Gesellschaft für mikroskopische Zahnheilkunde e.V. (DGMikro)

Thema: „Mehr sehen!“

Auskunft: kontakt@dgmikro.de

30.09. – 01.10.2011, Halle (Saale)

Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGK)

Thema: „Orofaziale Funktionsstörungen bei Kindern und Jugendlichen“

Auskunft: www.kinderzahnheilkunde-online.de

08.10.2011, Mainz

Arbeitskreis für Forensische Odontostomatologie (AKFOS)

Thema: „35. Jahrestagung des AKFOS“

Auskunft: www.akfos.com

14.10. – 15.10.2011, Rottach Egern

Deutsche Gesellschaft für Ästhetische Zahnheilkunde (DGÄZ) in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie (DGKFO)

Thema: „Ästhetik trifft Kieferorthopädie“

Auskunft: www.dgaez.de

20.10. – 22.10.2011, Köln

10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung und 18. GAA-Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e.V. und der Gesellschaft für Arzneimittel- und Anwendungsforschung und Arzneimittel-epidemiologie e.V.

Thema: „Arzneimittelversorgung: Qualität und Effizienz“

Auskunft: www.dkvf2011.de

28.10. – 29.10.2011, Düsseldorf

Deutsche Gesellschaft für Laserzahnheilkunde (DGL)

Thema: „20. Jahreskongress der DGL und LEG“

Auskunft: www.dgl-online.de

29.01.2011, Jena

Herbsttagung der Poliklinik für Präventive Zahnheilkunde und Kinderzahnheilkunde und der Thüringer Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde 2011

Thema: „Kinder in der Zahnarztpraxis“

Auskunft: Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena, Tel.: 0 36 41 / 3 11 63 60, julia.gruner@conventus.de
www.conventus.de

03.11. – 05.11.2011, Bonn

Deutsche Gesellschaft für Endodontologie und zahnärztliche Traumatologie e.V. (DGET)

Thema: „1. Jahrestagung der DGET“

Auskunft: www.dget.de,
Tel.: 03 41 / 48 47 42 02

05.11.2011, Münster

Westfälische Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Thema: „Parodontologie – up to date“

Auskunft: Univ.-Prof. Dr. Dr. L. Figgenger,
E-Mail: weersi@uni-muenster.de

10.11. – 12.11.2011, Frankfurt

Deutscher Zahnärztetag 2011

Thema: „Zahnmedizin interdisziplinär – Risikerkennung und Risikomanagement“

Auskunft: www.dgzmk.de

10.11. – 12.11.2011, Mannheim

Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin e.V. (DGSM)

Thema: „Schlafmedizin: Standards und

Alternativen“

Auskunft: www.dgsm2011.de

24.11. – 26.11.2011, Dresden

Deutsche Gesellschaft für Implantologie (DGI)

Thema: „60 Jahre Osseointegration – Solides Fundament für neues Wissen“

Auskunft: www.dgi-ev.de

26.11.2011, Dresden

11. Keramik-Symposium der AG Keramik und DGÄZ im Rahmen des 25. Kongresses der DGI

Thema: „Ästhetik und Keramik – die erfolgsichernde Verbindung“

Veranstalter: AG Keramik und DGÄZ,
www.ag-keramik.eu www.dgaez.de

Organisation/Anmeldung: youvivo
München, Tel.: 0 89 / 5 50 52 09 – 0,
Fax: – 2, E-Mail: info@youvivo.com

02.12. – 03.12.2011, Bad Homburg

Deutsche Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDt)

Thema: „CMD – interdisziplinäre Diagnostik und Therapie“

Auskunft: www.dgfdt.de

2012

11.02.2012, Münster

Westfälischen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e. V.

Thema: „Mundschleimhautrekrankungen“

Auskunft: Univ.-Prof. Dr. Dr. L. Figgenger,
E-Mail: weersi@uni-muenster.de

02. – 03.03.2012, Heidelberg

Deutsche Gesellschaft für Endodontologie und zahnärztliche Traumatologie e.V. (DGET)

Thema: „Frühjahrsakademie 2012“

Auskunft: www.dget.de,
Tel.: 03 41 / 48 47 42 02

20.04. – 21.04.2012, Dresden

Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ)

Thema: Biowissenschaft und Nanotechnologie treffen Zahnerhaltung

Auskunft: www.dgz-online.de

29.05. – 02.06.2012, Freiburg

Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG) und 8. Tag der Akademie

Thema: „Klinisch relevante Innovationen in der rekonstruktiven Chirurgie – Augmentationen/Faktoren/Tissue Engineering/Stammzellen“

Auskunft: www.mkg-chirurgie.de

01.11. – 03.11.2012, Leipzig

Deutsche Gesellschaft für Endodontologie und zahnärztliche Traumatologie e.V. (DGET)

Thema: „2. Jahrestagung der DGET“

Auskunft: www.dget.de,
Tel.: 03 41 / 48 47 42 02

08.11. – 10.11.2012, Frankfurt

Deutscher Zahnärztetag 2012

Thema: „Regeneration – Restauration – Rekonstruktion“

Auskunft: www.dgzmk.de

15.11. – 17.11.2012, Bad Homburg

Deutsche Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDt)

Thema: „Occlusion & CMD“

Auskunft: www.dgfdt.de

2013

08.11. – 10.11.2013, Frankfurt

Deutscher Zahnärztetag 2013

Thema: „Altersgemäße Zahnmedizin“

Auskunft: www.dgzmk.de

Die richtigen Antworten zum Fragebogen mit den Fragen 11–20 aus dem Beitrag von D. Groß, B. Schilling, G. Schäfer: „Ethik in der Zahnheilkunde: Progresstest (Teil 2)“ (Seite 619–627) sind: 11a, 12d, 13c, 14d, 15d, 16d, 17e, 18a, 19d, 20a